

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura una persona fisica contro gli infortuni.



Che cosa è assicurato?

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- ✓ delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza;
- ✓ di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

L'assicurazione comprende anche:

- ✓ l'asfissia non da origine morbosa;
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento od il congelamento;
- ✓ la folgorazione;
- ✓ le conseguenze di morsi di animali o punture di insetti, con esclusione della malaria e delle malattie tropicali;
- ✓ i colpi di sole, di calore o di freddo;
- ✓ gli infortuni subiti in stato di incoscienza o malore, purché non causati da stupefacenti, allucinogeni od alcolici;
- ✓ gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario;
- ✓ gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva.

L'assicurazione è inoltre estesa ai rischi "volo", "Infortuni determinati da calamità naturali", "Infortuni causati da guerra, guerriglia, o insurrezione" del presente contratto, nei limiti e con le modalità ivi descritte.

Sono inoltre previste altre garanzie opzionali:

Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e da malattia
Invalidità permanente da malattia
Rendita vitalizia da malattia
Malattie Gravi
Tutela Legale
Assistenza



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere, forme maniaco depressive o stati paranoici.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- ! dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- ! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! da suicidio e tentato suicidio;
- ! da guerre (dichiarate e non), guerriglie ed insurrezioni, salvo gli infortuni causati da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione, o da atti di terrorismo che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.;
- ! da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc..);
- ! da atti di terrorismo verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in Paesi nei quali erano già in corso, prima dell'arrivo dell'Assicurato, atti di belligeranza (come guerra, anche se non dichiarata, guerriglia, insurrezioni) e/o occupazioni militari.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- ! di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore; si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" - amatoriali e non - all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.l.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;
- ! dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni attività comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto il "Rischio volo";
- ! dalla pratica di qualsiasi sport costituente per l'Assicurato attività professionale (principale o secondaria) o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; dalla pratica dei seguenti sport: bob, sci estremo o acrobatico o sci alpinismo, snow-board fuori pista o acrobatico o estremo, rafting o idrospeed, canoa in tratti caratterizzati da rapide, salto dal trampolino con sci od idrosci, kite-surf, alpinismo o scalatadi rocce e ghiacciai oltre il 3° grado della Scala di Monaco e/o svolti "in solitaria", Free-climbing (arrampicata libera o "in solitaria"), salto con l'elastico nel vuoto, speleologia, pugilato, football americano, rugby, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, atletica pesante, immersioni con autorespiratore, hockey su ghiaccio;
- ! partecipazione a corse o gare - e relative prove od allenamenti - ippiche, ciclistiche, sciistiche, di arti marziali, triathlon, organizzate dalle relative federazioni o enti sportivi similari o patrocinati dagli stessi. ! Sono inoltre esclusi gli infarti, l'apoplezia, le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione, salvo le "Lesioni Speciali".



Dove vale la copertura?

Per la garanzia infortuni l'ambito geografico di validità è tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Stipula del contratto - In sede di conclusione del contratto il Contraente e/o l'Assicurato devono fornire tutte le informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C..

Corso di contratto - Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 c.c..

Altre assicurazioni - L'esistenza di altre assicurazioni contratte per i medesimi rischi e garanzie è considerata circostanza relativa al rischio ai fini degli artt. 1892-1893 e 1894 c.c.. Le inesattezze e le reticenze delle predette dichiarazioni, sono causa di cessazione del contratto e possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, in quanto, se la Società ne avesse avuto conoscenza non avrebbe prestato il consenso alla stipula del contratto.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza.

Il premio di polizza è annuale o frazionabile:

- Semestralmente, con un aumento del premio del 3%;
- Quadrimestralmente, con un aumento del premio del 4%;
- Trimestralmente, con un aumento del premio del 4,5%;
- Mensilmente (solo in caso di pagamento mediante utilizzo dell'Addebito Diretto SEPA) con un aumento del premio del 5%.

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso ai seguenti mezzi di pagamento:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara Assicurazioni espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- d) utilizzo dell'Addebito Diretto SEPA, quale servizio di incasso del credito per premi basato su di un'autorizzazione continuativa conferita dall'Assicurato debitore alla propria Banca di accettare gli ordini di addebito provenienti dalla Società creditrice. Qualora il pagamento avvenga con questa modalità, in luogo della quietanza, tra la Società e il Contraente farà fede la documentazione contabile bancaria dell'addebito (SDD), che attesterà l'avvenuto pagamento della rata di premio per il periodo da essa coperto, salvo buon fine dell'addebito medesimo;
- e) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. Il contratto prevede le garanzie per le quali il relativo premio è soggetto all'imposta di assicurazione secondo le aliquote attualmente in vigore.

I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.



Quando inizia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

Il contratto prevede il tacito rinnovo alla scadenza.

Il contratto può avere durata annuale ovvero poliennale con il massimo di anni 5, non rescindibile per la durata contrattuale pattuita, secondo quanto previsto dall'art. 1899 c.c., con riduzione del premio di tariffa per un importo pari a quanto previsto in polizza. Se la durata del contratto è poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto alla scadenza contrattuale pattuita con preavviso di 30 giorni. La disdetta avrà effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di disdetta è stata esercitata, senza oneri a carico dell'Assicurato.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto, in assenza di disdetta inviata dalle Parti, mediante lettera raccomandata, entro il termine di almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, si rinnova tacitamente. In caso di disdetta regolarmente inviata, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 secondo comma c.c..

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Tale disposto però non è applicabile per la garanzia Invalidità permanente da malattia qualora inserita in polizza. In caso di disdetta da parte della Società nei termini su indicati, la garanzia Invalidità permanente da malattia, verrà mantenuta sino alla fine pattuita del contratto.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: Sara Assicurazioni Spa



Prodotto: Saradefender

Data di realizzazione del DIP aggiuntivo Danni: 23/06/2020 ultima versione disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Sara Assicurazioni Spa, assicuratrice ufficiale dell'Automobile Club di Italia, Capogruppo del gruppo assicurativo SARA, con sede legale in Italia in Via Po n° 20, 00198 ROMA, è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA del 26/8/1925 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 201 del 31/8/1925. Iscrizione all'Albo delle imprese assicurative n° 1.00018. Società del Gruppo ACI. Tel. +39 06 8475.1 - FAX +39 06 8475223 - Sito Internet: www.sara.it - Indirizzo e-mail: info@sara.it - PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono dati inerenti l'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2020

- Patrimonio netto: euro **708.608.620,00**
- Capitale sociale: euro **54.675.000**
- Totale delle riserve patrimoniali: euro **653.933.620,00**

Le informazioni che seguono sono dati inerenti la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa (www.sara.it)

- Requisito patrimoniale di Solvibilità: euro **283.552.756,21**
- Requisito patrimoniale Minimo di Solvibilità: euro **127.598.740,29**
- Fondi Propri Ammissibili: euro **852.980.870,37**
- Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: **300,82** (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Infortuni

Si può optare tra le seguenti garanzie:

Morte: Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, e/o

Invalidità permanente e/o Invalidità Permanente Grave: riconosce il pagamento di un indennizzo in caso di perdita definitiva, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

A tali garanzie se ne possono aggiungere altre, quali:

Rimborso Spese Sanitarie: rimborsa - fino a concorrenza della somma assicurata - le spese sanitarie indicate in polizza effettivamente sostenute per la cura delle lesioni causate dall'infortunio indennizzabile a termini di polizza; qualora l'infortunio indennizzabile a termini di polizza abbia determinato un ricovero in ospedale pubblico che comporti almeno due pernottamenti, ma per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, verrà corrisposta un'indennità sostitutiva di € 50 per ogni giorno di ricovero. Nella garanzia viene compreso, anche in eccedenza alla somma assicurata, il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di protesi ortopediche o noleggio ausili medico chirurgici elencate nelle condizioni di polizza.

Ricovero e Convalescenza: Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza rende necessario il ricovero in Istituto di cura, la Società corrisponderà la somma assicurata indicata alla voce "Ricovero e convalescenza" per ciascun giorno di effettivo ricovero; in caso di ricovero diurno (Day Hospital) di almeno due giorni consecutivi la Società corrisponderà un'indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista per il caso di ricovero.



Che cosa è assicurato?

Infortuni

Inoltre, in caso di Convalescenza successiva al ricovero resosi necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza". Tale disposto non si applica al ricovero diurno (Day Hospital).

Ricovero del coniuge non assicurato : in caso di ricovero contestuale, determinato dallo stesso evento, dell'Assicurato e del coniuge non assicurato, causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la cui durata sia uguale o superiore a 10 giorni consecutivi, la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato. Non è applicabili al coniuge la garanzia di convalescenza.

Indennità da immobilizzazione e gessatura: in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia determinato:

- l'applicazione di una "Gessatura" o,
- una frattura radiologicamente diagnosticata per la quale non sia prevista l'applicazione di "Gessatura" ma che determini per l'Assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, o
- un'immobilizzazione dell'Assicurato mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche della gessatura e la cui applicazione sia resa necessaria da fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali, che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie, e purché l'applicazione di tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza, da sanitari dell'Istituto di cura,

la Società corrisponderà un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Indennità di apparecchio gessato"

Inabilità Temporanea: se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza una perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, la Società corrisponde la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Inabilità temporanea":

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

Rendita Vitalizia: In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale, verrà garantito il pagamento della rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente), e con premio a carico della SARA assicurazioni.

Lesioni speciali (Estensione sempre operante)

La copertura infortuni comprende anche:

- Le ernie di origine traumatiche;
- La rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine; in particolare: tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), tendine rotuleo, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale

Altre estensioni operanti

In aggiunta alle garanzie di polizza, sono operanti, in base alle garanzie prescelte, le seguenti Altre Estensioni:

Invalidità permanente per minori di anni 25: prevede una maggiorazione del 30% dell'indennizzo in caso di infortunio indennizzabile che dovesse colpire un assicurato di età non superiore ai 25 anni e comportante un'invalidità superiore al 25%;

Morte violenta: prevede una maggiorazione del 25% dell'indennizzo, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza e subito in conseguenza di un evento violento (rapina, sequestro, atto di terrorismo) da cui derivi la morte dell'Assicurato;

Commorienza genitori: prevede una maggiorazione del 50% del capitale spettante ai figli minorenni ed ai figli portatori di handicap in qualità di beneficiari, in caso di morte di entrambi i genitori determinata da infortunio indennizzabile e che sia determinata da uno stesso evento;

Perdita anno scolastico: prevede, in caso di perdita, da parte dell'Assicurato di età non superiore ai 20 anni, dell'anno scolastico in conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, un indennizzo forfettario di euro 2.000 €;

Danni estetici: prevede il rimborso, fino ad un importo massimo di € 5.000, di tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato per le cure mediche resesi necessarie per eliminare sfregi o deturpazioni al viso, provocate da un sinistro indennizzabile a termini di polizza;

Ustioni gravi: in caso di ustioni di secondo o terzo grado, verrà corrisposto all'Assicurato un indennizzo di importo variabile tra i 4.500 €, se le ustioni coprono dal 9 al 20% della superficie del corpo, o di 7.500 € se le ustioni interessano più del 20% della superficie del corpo;

Adattamento auto e casa: in caso di infortunio indennizzabile da cui derivi, all'Assicurato, un'invalidità permanente superiore al 65%, verranno rimborsate le spese documentate effettivamente sostenute nei 24 mesi successivi dal momento del sinistro, per adattamento della:

- sua autovettura per consentirgli di continuare a guidare, fino ad un importo di euro 3.000 €.



Che cosa è assicurato?

Infortuni	•sua abitazione per consentirgli di continuare ad abitarla (es. rampe di accesso, allargamento porte), fino alla concorrenza di un importo pari a 10.000 € L'assicurazione Infortuni si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e da malattia	La Società si obbliga a corrispondere un'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura e di successiva convalescenza in conseguenza di infortunio, malattia o parto indennizzabili a termini di polizza. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Malattie Gravi	L'assicurazione riconosce un indennizzo forfettario all'Assicurato in caso di diagnosi di Malattia Grave, quali infarto miocardico, ictus, cancro. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Invalità Permanente da Malattia	In caso di Invalità permanente che sia determinata da malattia la Società garantisce il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata quale risultante sul frontespizio di polizza alla voce "Invalità permanente da malattia". L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Rendita vitalizia da Malattia	In caso di Invalità permanente accertata pari almeno al 66% che sia determinata da malattia, la Società garantisce il pagamento di una rendita vitalizia, rivalutabile, dell'importo iniziale lordo annuo risultante pattuito sul frontespizio di polizza alla voce "Rendita Vitalizia". Detta rendita vitalizia sarà assegnata con polizza emessa dalla SARA VITA SPA stipulata tra SARA VITA e SARA assicurazioni (Contraente) e con premio a carico della SARA assicurazioni. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Tutela Legale	La Società, in caso di sinistro infortunio indennizzabile a termini di polizza, assume a proprio carico, nei limiti del massimale e delle condizioni previste in polizza, l'onere delle spese stragiudiziali e giudiziali per il recupero danni alla persona, qualora sia coinvolta la responsabilità di un terzo (Opzione - Tutela Legale per recupero danni alla persona) e le spese giudiziali e stragiudiziali conseguenti ad un Infortunio indennizzabile a termini di polizza per: assistenza per il recupero dei danni subiti dall'Assicurato ad opera di terzi, difesa penale per reato colposo o per contravvenzione (comprese le spese processuali, a favore dell'Assicurato), prestazioni di periti valutatori, ingegneri del traffico, medici - legali, quanto dovuto al legale di controparte in caso di condanna dell'Assicurato o in caso di transazione autorizzata dalla Società, assistenza legale nelle procedure di fronte all'INAIL per questioni inerenti la tutela dei diritti dell'Assicurato conseguenti ad Infortunio indennizzabile a termini di polizza occorso nello svolgimento delle attività professionali principali o secondarie indicate in polizza (Opzione - Tutela Legale e peritale completa) Le due Opzioni possono coesistere. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.
Assistenza	La garanzia assistenza comprende le seguenti prestazioni: Prelievo campioni al domicilio, Invio medicinali al domicilio, Invio di una collaboratrice domestica, Cure fisioterapiche, Trasporto in autoambulanza, Rimpatrio sanitario, Assistenza ai familiari. SARA per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza oggetto della presente garanzia si avvale di una Struttura Organizzativa esterna. SARA per la gestione dei Sinistri relativi alla garanzia Assistenza si avvale di ACI Global Servizi S.p.A. L'assicurazione si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.



Che cosa è assicurato?

Quali opzioni/personalizzazioni e possibile attivare ?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

RISCHI EXTRAPROFESSIONALI

Tale Formulazione, che comporta una riduzione di premio su alcune garanzie (Morte, Invalidità Permanente da Infortunio con formulazione franchigia iniziale del 3% o con Condizione Particolare B1, e Rimborso Spese Sanitarie) consente di limitare la copertura infortuni ai soli rischi extraprofessionali nell'ambito della vita comune, all'infuori pertanto dell'occupazione professionale dichiarata o di qualsiasi altra attività comunque remunerata.

RISCHI PROFESSIONALI

Tale Formulazione, che comporta una riduzione di premio su alcune garanzie (Morte, Invalidità Permanente da Infortunio con formulazione franchigia iniziale del 3% o con Condizione Particolare B1, e Rimborso Spese Sanitarie) consente di limitare la copertura infortuni ai soli rischi professionali dichiarati in polizza.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

RIVALUTAZIONE DELLE PERCENTUALI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Condizione limitata a determinate attività professionali

Selezionando la condizione "Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente", le percentuali di Invalidità permanente previste dalla "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato ALL-IN.1 si intendono modificate come da "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente specifica" di cui all'Allegato ALL-IN.3, esclusivamente per le sole voci in essa contenute.

La scelta di optare per tale Condizione, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulla sola garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

ADOZIONE TABELLA INAIL

Selezionando la condizione Tabella I.N.A.I.L., la tabella delle percentuali di Invalidità permanente, previste dall'Allegato ALL-IN.1 delle Condizioni di polizza e sulla base della quale vengono determinate le percentuali di invalidità permanente, viene sostituita da quella di cui all'Allegato 1 del DPR 30/06/1965 n. 1124 T.U., con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dal Decreto stesso.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulla sola garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

RISCHI SPORTIVI PARTICOLARI

Selezionando la condizione Rischi sportivi particolari (SPORT), le garanzie di polizza valgono anche nello svolgimento di alcune delle attività sportive altrimenti escluse e per la partecipazione a gare prove ed allenamenti organizzati o comunque svolti dalle Federazioni o Enti Sportivi similari o patrocinati dagli stessi, per le seguenti attività: ippica, ciclismo, sci non in discesa libera, arti marziali.

Tale Condizione Particolare prevede l'applicazione, esclusivamente per le attività sportive ivi previste, di specifiche franchigie, indipendentemente dalle franchigie sulle invalidità permanente pattuite in polizza.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulle garanzie Morte, Invalidità Permanente da Infortunio, Rimborso Spese Sanitarie, Ricovero e Convalescenza.

MALATTIE PROFESSIONALI

Selezionando la condizione Malattie Professionali (MALPROF), limitatamente alle garanzie Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio (se presenti nel contratto), la copertura viene estesa alle malattie riportate in servizio e per cause di servizio.

L'estensione viene estesa alle affezioni da HIV, EPATITE VIRALE "B", EPATITE VIRALE "C", contratte a seguito di infortunio verificatosi in servizio e per causa di servizio.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulle garanzie Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio.

RADIOLOGO CON RISCHIO RADIAZIONI

Selezionando la Condizione Radiologo con rischio radiazioni (RADIO), e limitatamente alle garanzie Morte, ed Invalidità Permanente da infortunio (sempreché operanti per l'Assicurato) la copertura viene estesa anche alle lesioni ed alterazioni derivanti dalla pratica professionale della Roentgendiagnostica, della Roentgenterapia, della fototerapia e delle correnti elettriche.

La scelta di optare per tale Condizione Particolare, prevede l'applicazione di un sovrappremio sulle garanzie Morte ed Invalidità Permanente da Infortunio.



Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite del DIP.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

PER TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI

Infortuni determinati da calamità naturali

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza subito in conseguenza di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione od inondazione, che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di € 3.000.000 per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite ed il totale delle somme assicurate.

PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO ED INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE - Nel caso venga prescelta la presente garanzia il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'indennizzo, relativo ad uno o più sinistri, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore del capitale medesimo. La corresponsione dell'intero capitale assicurato implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di Invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori delle menomazioni elencate nella "Tabella per la valutazione del grado di Invalidità permanente da infortunio" di cui all'Allegato 1 contenuto nelle Condizioni di polizza.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti nella Tabella di cui all'Allegato ALL-IN.1, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate nella Tabella di cui all'Allegato ALL-IN.1, le percentuali ivi indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità Permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella Tabella di cui all'Allegato ALL-IN.1 e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La garanzia Invalidità Permanente da infortunio prevede tre formulazioni di franchigia, fra loro alternative:

1) Franchigia assoluta e differenziata sulla Invalidità permanente (Franchigia iniziale 3%)

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000, non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità Permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità Permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- quando l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 20% della totale la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata senza l'applicazione delle franchigie indicate nelle precedenti lettere a) b) c). Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

2) Forma con franchigia iniziale del 5% (Franchigia iniziale 5%)

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- sulla parte di somma eccedente € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- se l'Invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di Invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità permanente totale, senza alcuna franchigia;
- se l'Invalidità permanente accertata è pari o superiore al 60% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

3) Forma con esclusione dalla franchigia iniziale (Esclusione Franchigia iniziale)

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 60.000 non si applica alcuna franchigia;
 - sulla parte iniziale di somma assicurata eccedente € 60.000 (o fino a 100.000, se selezionata l'apposita Formulazione, soggetta comunque ad autorizzazione da parte degli Uffici assuntivi direzionali) e fino a € 250.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 3% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
 - sulla parte di somma assicurata eccedente € 250.000 e fino a € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente .
 - sulla parte di somma assicurata eccedente € 600.000 non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 15% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente.
- Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari superiore al 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Valida per tutte le Formulazioni di franchigia: Se l'Assicurato subisce un infortunio che causi una frattura ossea radiologicamente accertata, per la quale residuino del postumi permanenti di invalidità concausati da patologia osteoporotica, le cui conseguenze sulla base di quanto previsto dalla Condizioni di polizza non sarebbero indennizzabili, la Società riconosce un grado di invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione di franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000.

INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE -La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità: se l'invalidità Permanente accertata è di grado:

- pari o inferiore al 20% della totale, non viene liquidato alcun indennizzo;
- compreso tra 21 e 30 punti percentuali, viene corrisposto il 50% del capitale assicurato;
- superiore al 30% della totale, viene corrisposto l'intero capitale assicurato.

RIMBORSO SPESE SANITARIE - Per le prestazioni sanitarie indennizzabili previste nelle Condizioni contrattuali che non risultino avvenute durante il ricovero (anche diurno) in istituto di cura o durante un intervento chirurgico ambulatoriale, il rimborso delle spese verrà effettuato previa deduzione di uno scoperto, che resterà a carico dell'Assicurato, pari al 20% delle spese indennizzabili, ed il cui importo in cifra assoluta non potrà comunque essere inferiore a € 75.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

RIMBORSO SPESE SANITARIE

All'interno della somma assicurata per Rimborsamento Spese Sanitarie, le spese per materiale prezioso e leghe speciali impiegati nelle protesi odontoiatriche, verranno rimborsate fino ad un massimo di € 2.000.

Per acquisto di protesi ortopediche ed acquisto o noleggio ausili medico chirurgici, indicate nelle Condizioni contrattuali, la Società procederà al rimborso delle relative spese fino ad un importo massimo pari ad € 2.500,00 per annualità assicurativa.

Limitatamente all'indennità sostitutiva dell'importo di 50€, questa verrà corrisposta per ogni giorno di ricovero con il massimo di 100 giorni per sinistro, fermo restando il limite di indennizzo rappresentato dalla somma assicurata che rappresenta il tetto massimo indennizzabile complessivamente per indennità sostitutiva e rimborso spese di cura.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

RICOVERO E CONVALESCENZA - La Società corrisponderà la somma assicurata indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza" :

a) per ciascun giorno di effettivo ricovero e per un periodo massimo di 365 giorni, a partire dal giorno stesso del ricovero e fino al giorno antecedente quello della dimissione; in caso di ricovero diurno (Day Hospital) di almeno due giorni consecutivi la Società corrisponderà un'indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera in caso di ricovero.

b) in caso di Convalescenza la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Ricovero e convalescenza", fino ad un numero di giorni pari a quello del ricovero, per una durata massima di 150 giorni per annualità assicurativa. Tale disposto non si applica al ricovero diurno (Day Hospital)

Limitatamente alla garanzia "Ricovero del coniuge non assicurato", la Società corrisponderà anche al coniuge non assicurato un'indennità di degenza per ogni giorno di ricovero di importo pari a quella dell'Assicurato, per un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.

INDENNITÀ DA IMMOBILIZZAZIONE E GESSATURA - In caso di:

- applicazione di "gessatura", la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari alla somma indicata sul frontespizio di polizza alla voce "Indennità di apparecchio gessato", per una durata massima di 90 giorni per annualità assicurativa.

L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta dal giorno stesso di applicazione della gessatura; qualora detta indennità sia coesistente con quella prevista dalla garanzia "Inabilità Temporanea", la assorbe finché coesistente, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore;

- frattura radiologicamente diagnosticata, per la quale non sia prevista l'applicazione di gessatura, ma che determini per l'assicurato la necessità, certificata da documentazione medica, di immobilizzazione a letto, la Società provvede al pagamento dell'indennità di gessatura pattuita, per una durata massima di giorni 40 per annualità assicurativa.

Relativamente alla frattura di coste (o costole) è necessario, per l'applicazione della presente garanzia, che la frattura sia relativa ad almeno due coste (o costole);

- immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche della gessatura e la cui applicazione sia resa necessaria da fratture ossee, lesioni capsulari, o rotture legamentose complete o parziali, che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografie o artroscopie, l'indennità di gessatura verrà corrisposta, purché l'applicazione di tali mezzi sia stata prescritta da un Pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero o, in caso di ricovero o di Day Hospital, nel corso della degenza, da sanitari dell'Istituto di cura; l'indennità verrà corrisposta in questo caso per un numero di giorni pari a quelli prescritti con il massimo di 40 giorni per annualità assicurativa.

INABILITÀ TEMPORANEA - La somma assicurata verrà corrisposta:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività principali e secondarie dichiarate;

b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni per ogni infortunio e non è cumulabile con la garanzia "Indennità di apparecchio gessato"; se coesistenti la assorbe finché coesistente, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, nel periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.

Franchigia sulla Inabilità Temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea verrà effettuato a decorrere:

a) dall'ottavo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza per la parte di somma assicurata non eccedente € 50,

b) dal sedicesimo giorno successivo a quello computabile ai sensi di polizza, per la parte di somma assicurata eccedente € 50.

In caso di infortunio che comporti un ricovero in istituto di cura di almeno tre giorni, la Società corrisponderà l'indennizzo per inabilità temporanea senza applicazione della franchigia di 7 giorni sulla parte di somma assicurata fino ad € 50.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO - La garanzia Rendita Vitalizia sarà corrisposta solo nel caso in cui l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 50% della totale.

LESIONI SPECIALI

- Le ernie di origine traumatiche:

Se l'ernia comporta intervento chirurgico la Società corrisponde una diaria di € 100 per ogni giorno di degenza in istituto di cura (anche in Day-Hospital), con un minimo di € 300 ed un massimo di € 1.000 per sinistro;

Se l'ernia non risulta operabile secondo parere medico, la Società riconoscerà i postumi invalidanti fino al 5% della Invalidità permanente totale (senza applicazione della franchigia - ove prevista - sulla prima parte di somma assicurata).

- La rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine:

Per la sola garanzia di Invalidità permanente, riconosce un grado di Invalidità permanente fisso pari al 3%, senza applicazione delle franchigie, ove previste, con il limite massimo di indennizzo di € 6.000.

ALTRE ESTENSIONI OPERANTI (a seconda delle garanzie di polizza)

MORTE VIOLENTA (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA MORTE) - Nel caso di morte dell'Assicurato in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza subito a seguito di rapina, tentativo di sequestro, attentati ed atti di terrorismo, corrisponderà l'indennizzo spettante a termini di polizza con una maggiorazione del 25%. La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 100.000 per singolo Assicurato.

COMMORIENZA DEI GENITORI (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA MORTE) - Se a causa di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori ed essi risultano assicurati con la presente polizza, l'indennizzo per il caso di morte spettante ai loro figli minorenni, in quanto beneficiari, verrà maggiorato del 50%. La stessa maggiorazione spetta ai figli portatori di handicap anche se non conviventi.

La maggiorazione di indennizzo previsto a termine della presente condizione speciale non potrà superare € 200.000.

La maggiorazione di indennizzo di cui alla presente condizione speciale non è cumulabile con quella riportata nel punto precedente "Morte violenta".

PERDITA ANNO SCOLASTICO - Qualora Assicurati di età non superiore agli anni 20 che frequentino scuole di istruzione primaria e secondarie, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle vigenti disposizioni in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo di € 2.000.

DANNI ESTETICI - In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, subito da un Assicurato che abbia per conseguenza sfregi o deturpazioni al viso, la Società rimborserà, fino ad un importo massimo di € 5.000, tutte le spese documentate sostenute dall'Assicurato stesso per cure mediche effettuate - entro due anni dalla guarigione clinica - per eliminare il danno estetico.

USTIONI GRAVI - La Società, qualora l'infortunio causi all'Assicurato delle ustioni di secondo o terzo grado, corrisponderà all'Assicurato, dietro presentazione di documentazione medica, l'indennizzo di € 4.500, se le ustioni coprono dal 9 al 20% della superficie corporea; se invece le ustioni sono superiori al 20% della superficie corporea, l'indennizzo sarà pari ad € 7.500.

ADATTAMENTO AUTO (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO / INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE) - Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti fino alla concorrenza di € 3.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.

ADATTAMENTO CASA (VALIDA SE È STATA ACQUISTATA LA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO / INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE) - Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, da cui residui all'Assicurato un'invalidità permanente superiore al 65%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua casa, necessari per consentirgli di continuare ad abitarla, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute, entro 24 mesi dal sinistro, per effettuare tali adattamenti fino alla concorrenza di € 10.000 per sinistro. Tale importo rappresenta il massimo esborso della Società per singolo assicurato il quale potrà beneficiare di tale somma un'unica volta solo per il primo adattamento.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

ESCLUSIONI E RIVALSE

MORTE - L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità permanente.

Qualora a seguito di infortunio il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione ed accettazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta ai termini degli artt. 60 e 62 C.C.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto alla restituzione da parte dei beneficiari della somma loro pagata.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Condizioni di polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE - In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalle Condizioni di polizza, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dall'infortunio denunciato, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Alla presente garanzia, non si applica, anche se riportata sulla scheda di copertura, la Condizione Rivalutazione delle percentuali di Invalidità permanente.

Alla presente garanzia, non si applica, anche se riportata sulla scheda di copertura, la Condizione Adozione Tabella INAIL.

Alla presente garanzia, non si applica, limitatamente alle franchigie ivi previste, quanto previsto dalla Condizione Rischi Sportivi Particolari.

Alla presente garanzia, non si applica, anche se riportata sulla scheda di copertura, la Condizione Radiologo con rischio radiazioni.

RIMBORSO SPESE SANITARIE - Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o la sostituzione di protesi odontoiatriche applicate prima dell'infortunio.

RICOVERO E CONVALESCENZA - Limitatamente alla garanzia "Ricovero del coniuge non assicurato", non è applicabile al coniuge la garanzia di convalescenza.

INDENNITÀ DI IMMOBILIZZAZIONE E GESSATURA - Sono sempre esclusi dalla garanzia i collari (ad es. di Schanz, Colombari, Philadelphia), i busti ortopedici, le fasce elastiche in genere, i bendaggi alla colla di zinco o così detti "molli" nonché altri mezzi di semplice sostegno o contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli indicati nel presente capoverso.

INABILITÀ TEMPORANEA - L'indennizzo per inabilità temporanea non è cumulabile con la garanzia "Indennità di immobilizzazione e gessatura"; se coesistenti, l'indennità prevista per applicazione di gessatura, la assorbe finché coesistenti, salvo il diritto dell'Assicurato a percepire, per il periodo di coesistenza, quella di importo assicurato maggiore.

RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO - La rendita verrà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

LESIONI SPECIALI

Rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine: Sono escluse le recidive di precedenti rotture del tendine.

L'estensione è operante esclusivamente per la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio.

RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di ricovero e convalescenza da infortunio e da malattia

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

INDENNITÀ DI DEGENZA

Qualora l'Assicurato debba essere ricoverato in Istituto di cura in conseguenza di malattia, infortunio o parto indennizzabili a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera di degenza, la cui entità è determinata dalla Formula di garanzia (Light, Plus o Super) prescelta da ciascun Assicurato ed indicata sulla Scheda di copertura e dai criteri riportati nella "Tabella Indennità di degenza, convalescenza" per una durata massima di 180 giorni per annualità assicurativa. Per ricoveri determinati da terapie oncologiche la durata massima è di 30 giorni per annualità assicurativa.

Per la Formula Super l'indennità dovuta a termini di quanto precede spetta a partire dal quarto giorno di ricovero fino al giorno antecedente a quello della dimissione, fermi i limiti di indennizzo sopra riportati. Pertanto, in questo caso, qualora il ricovero abbia una durata pari o inferiore a tre pernottamenti, non si farà luogo ad indennizzo. Se il ricovero ha una durata pari o superiore a quattro pernottamenti consecutivi l'indennità è dovuta a partire dal primo giorno di ricovero, fermo restando che ai fini del computo dell'indennizzo il primo giorno di ricovero ed il giorno di dimissione sono considerati un unico giorno.

INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

Per la convalescenza successiva a ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al pagamento di un'indennità giornaliera pari al 50% dell'importo assicurato per la degenza. La durata della convalescenza è convenzionalmente prefissata in un numero di giorni pari ad una volta e mezzo quelli calcolati per l'indennità di degenza a termini del precedente capoverso, per una durata massima di 100 giorni per annualità assicurativa.

DAY HOSPITAL

La Società, a termini di quanto previsto dalla garanzia principale "Indennità di degenza" che precede e negli stessi limiti, corrisponde un'indennità anche in caso di day hospital, in misura del 50% dell'importo assicurato per la sola degenza, per un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.

Nella Formula Super, l'indennità per day hospital viene corrisposta a condizione che dalla documentazione dell'Istituto di cura risulti che il day hospital è avvenuto senza soluzione di continuità per un periodo non inferiore a quattro giorni; pertanto se il ricovero diurno ha una durata pari o superiore a quattro giorni consecutivi, l'indennità spetta dal primo giorno del ricovero diurno fino al giorno della dimissione compreso.

MAGGIORAZIONE DELLA INDENNITÀ DI DEGENZA IN CASO DI INFORTUNIO CHE DETERMINI UNA INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

In caso di ricovero causato da infortunio indennizzabile a termini di polizza che determini una invalidità permanente superiore al 66% (secondo i criteri di cui all'Allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 T.U.), la Società corrisponderà una maggiorazione del 100% sugli importi assicurati per Indennità di degenza per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa. La maggiorazione verrà corrisposta sulla sola Indennità di degenza.

INDENNITÀ DI DEGENZA PER DONATORE

In caso di trapianto di midollo osseo, organi o parti di essi, in cui l'Assicurato sia donatore vivente, la Società provvede al pagamento all'Assicurato per ogni giorno di ricovero, di un'indennità pari a quella prevista in base alla garanzia principale "Indennità di degenza".

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, indennizzabile a termini di polizza, la Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento di un accompagnatore, presso l'Istituto di cura, entro l'importo giornaliero di € 50, per un massimo di 30 giorni per ricovero.

ESCLUSIONI E RIVALSE

PERSONE NON ASSICURATE

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S. e sindromi correlate.

ESTENSIONI DI GARANZIA PER IL BAMBINO NON ASSICURATO

Sono escluse le patologie e le malformazioni congenite. La garanzia cessa al compimento del secondo anno di età del bambino.

DAY HOSPITAL

Per il ricovero in Day Hospital non è prevista la garanzia convalescenza.

INDENNITÀ PER ACCOMPAGNATORE

La presente indennità è calcolata con l'applicazione della franchigia ove prevista come da garanzia principale "Indennità di degenza".



Ci sono limiti di copertura?

Indennità di ricovero e convalida da infortunio e da malattia

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante nei casi di:

- interventi chirurgici o ricoveri anche in day hospital che siano conseguenza diretta di stati patologici, anche se conseguenti ad infortunio, già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice, o di sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso);
- aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti;
- prestazioni sanitarie e cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicità;
- infortuni avvenuti quando l'assicurato sia in stato di ubriachezza o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni assunti non a scopo terapeutico;
- infortuni sofferti in conseguenza di azioni delittuose commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi dell'assicurato stesso);
- suicidio e tentato suicidio
- infortuni derivanti:
 - dalla pratica di sport aerei o dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti (salvo che si tratti di gare di regolarità pura)
 - dalla speleologia
 - dall'alpinismo
 - dallo sci estremo
- terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo nonché terapie della sterilità acquisita e/o impotenza dei singoli partner o della coppia;
- cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza;
- prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o neoplasie maligne verificatesi successivamente alla stipulazione della polizza); cure dimagranti e dietetiche nonché liposuzione, bendaggio gastrico, tutti i trattamenti chirurgici per il trattamento dell'obesità e le terapie sclerosanti;
- cure dentarie o delle paradontopatie, a meno che non siano rese necessarie da neoplasie verificatesi successivamente alla stipulazione del contratto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie e gli interventi per epulide;
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza;
- ricoveri per accertamenti non resi necessari da acuzie clinica;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- conseguenze derivanti da guerre, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

La garanzia decorre:

- a) per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- b) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- c) per il parto: dal duecentosettantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- d) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di rivalsa di cui all'art.1916 del c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.



Ci sono limiti di copertura?

Malattie Gravi

MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

CONDIZIONI DELLA GARANZIA -SECONDO INDENNIZZO

Successivamente al primo sinistro indennizzabile in base alla presente garanzia, in caso di seconda diagnosi di una delle malattie gravi previste dal contratto, e purché diversa da quella oggetto del primo sinistro, il contratto riconosce all'Assicurato l'ulteriore corresponsione di un indennizzo pari al 50% della somma assicurata minore tra quella riportata sulla Scheda di copertura e quella prevista nel contratto sul quale si è avuto il primo indennizzo.

ESCLUSIONI E RIVALSE

ESCLUSIONI

E' esclusa dalla garanzia l'insorgenza di una malattia grave causata direttamente o indirettamente da:

- a) attività dolosa del Contraente e/o Assicurato;
- b) partecipazione dell'Assicurato e/o Contraente a delitti dolosi;
- c) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d) malattie, malformazioni, difetti fisici, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della polizza di assicurazione, noti all'assicurato e non dichiarati;
- e) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
- f) abuso di alcool e/o psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e le loro conseguenze e complicanze
- h) svolgimento di una delle seguenti attività professionali:
 - Personale che lavora in miniere, gallerie, pozzi, dighe, tunnel ed è direttamente coinvolto nei processi di estrazione o in attività di costruzione o esplorazione nel sottosuolo;
 - Personale che lavora in qualsivoglia piattaforma off-shore, sottomarino o nave ed è direttamente coinvolto in processi di costruzione sopra o sotto il livello del mare;
 - Palombari, speleologi, sminatori, artificieri, stuntman, personale circense;
 - Personale a diretto contatto con proiettili, munizioni, esplosivi o sistemi esplosivi;
 - Personale delle forze armate impiegato in missione all'estero.

Inoltre, per le diverse tipologie di Malattie Gravi, valgono le seguenti esclusioni:

Cancro:

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, nonché tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi.
 - 2) carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno alla categoria T2N0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione
- Sono sempre esclusi, indipendentemente dalla Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione, i carcinomi midollari.
- 3) tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno alla categoria T2bN0M0 della Classificazione TNM dell'AJCC Ottava Edizione;
 - 4) carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcomaprotuberante.
 - 5) cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina, x) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
 - 6) tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza;

Inoltre, fermo quanto previsto dai precedenti articoli MG.3 - Limite di erogazione delle prestazioni, e MG.4 - "Condizioni della garanzia - Secondo indennizzo", in caso di diagnosi di un secondo episodio di Cancro, tale patologia non è in garanzia qualora si tratti di recidiva del primo cancro (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) se diagnosticato entro 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento terapeutico.

Ictus:

sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli attacchi ischemici transitori (TIA)
- 2) le lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- 3) le emorragie secondarie in una lesione cerebrale preesistente
- 4) i danni cerebrali dovuti ad infezioni, vasculite, malattia infiammatoria;
- 5) i disturbi ischemici del sistema vestibolare

Infarto Miocardico:

sono escluse dall'assicurazione le conseguenze dirette ed indirette di sindromi coronariche acute, compresa l'angina pectoris instabile.



Ci sono limiti di copertura?

Malattie Gravi	<u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u> LIMITI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI Per ciascun Assicurato, la presente garanzia potrà essere erogata per un massimo di due volte per l'intera durata contrattuale. Per ciascun Assicurato, la presente garanzia è da ritenersi pertanto non più operante dopo il pagamento del secondo indennizzo. In caso di sostituzione del contratto, se l'Assicurato risulta essere stato coperto, senza soluzione di continuità, con altre polizze emesse dalla Società per la garanzia "Malattie Gravi" (di cui alla presente Sezione) e per la quale sia già stato liquidato un indennizzo, la suddetta garanzia cesserà di avere efficacia dopo il pagamento del primo sinistro liquidabile a termini di contratto, che verrà indennizzato in base a quanto previsto al presente articolo. TERMINI DI ASPETTATIVA L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa. Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime. Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente. SOPRAVVIVENZA ALLA DIAGNOSI La Società, corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza, a condizione che l'Assicurato risulti essere in vita al momento della diagnosi della malattia grave denunciata.
Invalidità Permanente da Malattia	<u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u> FRANCHIGIA SULLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA Se l'invalidità Permanente da Malattia accertata è inferiore al 25% della totale nessun indennizzo spetta all'Assicurato; Per Invalidità permanente da Malattia accertate di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società corrisponderà un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella tabella "Parametri indicativi per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia" di cui all'Allegato n. 2 delle Condizioni di polizza, in corrispondenza al grado di Invalidità permanente accertata. La somma assicurata, rappresenta comunque il massimo importo indennizzabile nell'arco dell'intera durata contrattuale, indipendentemente dal numero delle malattie denunciate RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA - La garanzia Rendita Vitalizia da Malattia sarà corrisposta solo nel caso in cui la malattia indennizzabile ai sensi di polizza determini come conseguenza diretta ed esclusiva una invalidità permanente accertata maggiore del 66% della totale.



Ci sono limiti di copertura?

Invalidità Permanente da Malattia

ESCLUSIONI E RIVALSE

L'indennizzo è dovuto per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili della malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da malattia se l'Assicurato dovesse decedere per cause diverse dalla malattia denunciata, ma prima che siano stati effettuati gli accertamenti necessari a verificare la sussistenza di postumi invalidanti permanenti, la Società liquida agli eredi l'indennizzo oggettivamente determinabile mediante documentazione medica idonea a dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo.

Limitatamente alla garanzia Rendita Vitalizia da malattia, si conviene che qualora l'Assicurato dovesse decedere prima che si sia provveduto alla corresponsione della rendita, la Società non è tenuta a riconoscere alcun indennizzo.

Le garanzie di cui alla Sezione Invalidità permanente da malattia, non si intendono operanti nei casi di:

- stati patologici già conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione del contratto (o nel caso di successive variazioni, anteriormente alla stipulazione della relativa appendice o di sostituzione di polizze precedenti, rispetto alle persone ed alle garanzie introdotte a nuovo nonché per la parte di somme assicurate eccedente quelle già in corso)
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o psicofarmaci, ovvero ad uso di allucinogeni o stupefacenti
- tentato suicidio
- conseguenze di aborto volontario non terapeutico
- conseguenze di azioni delittuose tentate o commesse dall'Assicurato (intendendosi invece comprese nell'assicurazione le conseguenze di imprudenze e negligenze, anche gravi, dell'Assicurato stesso)
- malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici
- difetti fisici e malformazioni congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della polizza
- malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni - provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti

Le garanzie decorrono:

- a) per le malattie: dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- b) per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione: dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di trenta giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.

Nell'eventualità di future variazioni alla presente polizza, per la parte di somme assicurate eccedenti quelle già in corso, gli anzidetti termini di aspettativa inizieranno a decorrere dalla data di effetto delle variazioni medesime.

Per converso qualora la presente polizza sostituisca una precedente, senza soluzione di continuità, per le persone e le garanzie già ricomprese in detta precedente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate in essa previste, i sopra indicati termini di aspettativa decorrono dalla data in cui hanno preso effetto nella polizza precedente.

Alle garanzie di cui alla presente Sezione, non si applicano, anche se riportata sulla scheda di copertura, le Condizioni "Radiologo con rischio radiazioni (RADIO)" e "Malattie professionali (MALPROF)".

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



Ci sono limiti di copertura?

Tutela Legale	<u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u> Sia per l'Opzione A che per l'Opzione B, la garanzia è prestata entro il massimale per annualità assicurativa di € 5.000 <u>ESCLUSIONI E RIVALSE</u> L'assicurazione è operante per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili: • Nei paesi dell'Unione Europea e Svizzera per le ipotesi di responsabilità di natura extracontrattuale e penale; - Nella Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano e Repubblica di San Marino negli altri casi, salvo quanto previsto al punto successivo; • Limitatamente agli infortuni verificatisi alla guida di veicoli a motore, la garanzia è estesa oltre che ai paesi indicati nei due punti precedenti, anche al territorio della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Andorra, Principato di Monaco. Sono esclusi dalla garanzia: - il pagamento di multe, ammende, e sanzioni in genere; - gli oneri fiscali quali, a titolo esemplificativo, e non limitativo quelli riferiti a bollatura di documenti e spese di registrazione di sentenze e atti in genere; - le spese per procedimenti penali derivanti tumulti popolari, fatti bellici, rivoluzioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, atti di vandalismo o risse da chiunque provocati; - per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; rapporti inerenti al diritto di famiglia, successioni e donazioni; - le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario; - le spese per procedimenti penali derivanti da imputazione per reato doloso dell'Assicurato; - le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società.
Assistenza	<u>MASSIMALI, FRANCHIGIE E SCOPERTI</u> PRELIEVO CAMPIONI AL DOMICILIO - La Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione ed attivazione delle prestazioni, il costo del personale inviato. Il costo degli esami clinici rimane comunque a carico dell'Assicurato (salvo successivo rimborso ove risulti prescelta la garanzia "Rimborso spese sanitarie") La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO - Il costo dei farmaci è a carico dell'Assicurato. La garanzia verrà prestata fino ad un massimo di tre eventi per annualità assicurativa. INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA - La Struttura organizzativa provvederà al rimborso all'Assicurato delle spese documentate per il servizio sino alla concorrenza di € 500 per annualità assicurativa. La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte nel corso dell'anno assicurativo. CURE FISIOTERAPICHE - Qualora l'Assicurato che abbia subito un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, necessiti, entro i trenta giorni successivi alla data di dimissione o dalla data di rimozione della gessatura, di cure fisioterapiche (il cui elenco è riportato nelle Condizioni di polizza), purché prescritte dal medico ospedaliero/curante ed inserita nell'ambito di un unico ciclo di cure, la Società, previo accordo tra il medico di guardia della Struttura organizzativa ed il Medico curante dell'Assicurato, provvederà, a seconda dei casi, ad inviare un fisioterapista, facente parte della propria rete convenzionata presso il domicilio dell'Assicurato (in Italia) oppure a prenotare le sedute fisioterapiche presso un centro di fisioterapia. Per ogni anno di validità della copertura e per ogni Assicurato, la Società tiene a proprio carico, oltre alle spese di organizzazione e di attivazione del servizio e i costi di trasporto, gli onorari del fisioterapista o comunque il costo della seduta presso il centro di fisioterapia, fino ad un massimo di €1.000. Tale massimale deve intendersi riferito ai costi di trasporto, agli onorari e alle sedute di fisioterapia e per ogni annualità assicurativa. La presente prestazione viene fornita fino ad un massimo di due volte per anno assicurativo. TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA - Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, dopo il ricovero di primo soccorso, l'Assicurato necessiti in Italia di un trasporto in autoambulanza, la Struttura organizzativa invierà direttamente l'autoambulanza. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari ad € 500 per annualità assicurativa. Il costo eccedente il massimale previsto di € 500, per annualità assicurativa, resta a carico dell'Assicurato e sarà regolato direttamente con il fornitore intervenuto.



Ci sono limiti di copertura?

Assistenza

RIMPATRIO SANITARIO - Non danno luogo alle prestazioni le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Società possono essere curate sul posto e che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

La Struttura organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi europei.

Tale prestazione verrà fornita fino alla concorrenza di € 5.000 per annualità assicurativa.

ASSISTENZA AI FAMILIARI - Qualora l'Assicurato in viaggio in Italia con la famiglia, subisca un Infortunio indennizzabile a termini di polizza che gli impedisca la prosecuzione del viaggio e che ne determini il ricovero in istituto di cura, la Società organizza e dispone per i familiari che viaggiano con lui quanto segue:

- la Società tiene a suo carico le spese di soggiorno e di pernottamento per i familiari fino ad un massimo di tre notti per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;

- in alternativa, in caso di rientro al domicilio, la Società tiene a suo carico le spese di viaggio dei familiari, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se, il viaggio supera le 6 ore, in aereo (classe economica) per un importo massimo complessivo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa;

- in alternativa, in caso della presenza di minori di anni 15 che rimangano soli durante il soggiorno, la Società provvederà ad organizzare il viaggio di un familiare dell'Assicurato, mettendo a disposizione un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (prima classe) o se il viaggio supera le 6 ore in aereo (classe economica) per permettergli di raggiungere i minori in loco e riaccompagnarli presso il loro domicilio in Italia, tenendo a carico i costi fino ad un massimo di € 1.000 per ogni annualità assicurativa.

Sono escluse le spese del familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

La Società ha diritto di richiedere all'Assicurato, i biglietti di viaggio non utilizzati dai familiari.

ESCLUSIONI E RIVALSE

L'Assicurazione vale per gli Stati dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), nonché per il territorio della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano, della Croazia, Islanda, Liechtenstein, Norvegia, Principato di Monaco, Svizzera, Andorra, Bosnia - Erzegovina, Gibilterra, Macedonia, Serbia e Montenegro, Turchia (limitatamente alla parte europea).

Le Prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di Indennizzo qualora l'Assicurato non si rivolgesse alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro. Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non potesse mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come ad esempio intervento di forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza), che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Per tutte le garanzie diverse da Tutela Legale: l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono comunicare entro tre giorni da quando ne hanno avuto possibilità per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società data, ora luogo dell'evento, modalità di accadimento. La denuncia deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; in caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Per la garanzia di Tutela Legale: Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società la documentazione necessaria al recupero dei danni subiti quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, certificazione medica e ricevuta delle spese mediche e ospedaliere, cartella clinica in caso di ricovero, documentazioni attestanti il decorso delle lesioni subite, preventivo o fattura delle riparazioni, fotografie del veicolo danneggiato, verbale delle Autorità intervenute, provvedimento dell'Autorità in caso di sequestro del veicolo. La denuncia di sinistro, oltre alle modalità previste dalle condizioni contrattuali, può essere inoltrata accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.Sara.it utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione. Resta esclusa da tale modalità la garanzia Assistenza laddove presente e sottoscritta.
	Gestione da parte di altre imprese: - per la liquidazione dei Sinistri relativi al ramo Assistenza la Compagnia si avvale della Struttura Organizzativa esterna di ACI Global Servizi S.p.A. - In caso di attivazione della garanzia Rendita Vitalizia, sia da infortunio che da malattia, tale rendita verrà assegnata con polizza emessa da Sara Vita S.p.A., e stipulata tra Sara Vita S.p.A. ed, in qualità di Contraente, Sara Assicurazioni S.p.A.. - per la liquidazione dei Sinistri relativi alle garanzie "Malattie Gravi" ed "Indennità da ricovero e convalescenza da infortunio e malattia" la Compagnia si avvale della Centrale Salute di Blue Assistance S.p.A.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 c.c..
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Obblighi dell'impresa	Dopo aver verificato che la garanzia sia operativa, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro sessanta giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dell'indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il contratto può essere stipulato sia nella forma con adeguamento automatico (Indicizzazione) delle somme assicurate e del premio, che nella forma senza adeguamento. L'adeguamento non si applica alle garanzie Assistenza. I premi riportati sulla scheda di copertura in corrispondenza di ciascuna garanzia acquistata, devono intendersi comprensivi di imposta. Sul retro della scheda di copertura, viene riportata la scomposizione del premio di polizza in premio imponibile ed imposte.
Rimborso	In caso di recesso per sinistro da parte della Società o del Contraente, la Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso. Per le garanzie "Invalidità Permanente da Malattia", "Malattie Gravi", "Rendita Vitalizia da malattia" ed "Indennità da ricovero e convalescenza da infortunio e malattia" non è prevista la facoltà di recesso per sinistro da parte della Società.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Per la garanzia "Invalidità Permanente da malattia", "Rendita Vitalizia da malattia" e per la garanzia "Indennità da ricovero e convalescenza da infortunio e malattia", sono previsti periodi di carenza. Nello specifico, la garanzia decorre dalle ore 24: - del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le malattie; - del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, sempre che non conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipulazione; - del 30° giorno successivo quello di effetto del contratto per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio ma soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Per la garanzia "Malattie Gravi", la garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il contratto non prevede il diritto del contraente di recedere dal contratto entro un determinato termine dalla stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP



A chi è rivolto questo prodotto?

Clienti che vogliono tutelare la propria incolumità dalle conseguenze derivanti da infortuni subiti durante lo svolgimento delle proprie attività, professionali e della vita privata.
E' rivolto anche a chi è interessato a tutelarsi dalle conseguenze derivanti da un'invalidità permanente da malattia, anche grave, comportante un'invalidità.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari a € 80,72.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, un servizio assicurativo o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Sara Assicurazioni Spa - Direzione Affari Legali e Societari - Funzione Reclami- Via Po, 20 - 00198 Roma - Italia - Fax 06.8475254 - e-mail: gest.reclami@sara.it. I reclami possono essere inoltrati anche compilando il form presente nella apposita sezione dedicata ai reclami nel sito della Compagnia www.sara.it. L'impresa dovrà fornire un riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni ovvero in caso di reclami non riguardanti il contratto, un servizio assicurativo o la gestione di un sinistro, ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle assicurazioni (D.Lgs.209/2005) e delle relative norme di attuazione, potrà rivolgersi per iscritto all'IVASS Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353 - ivass@pec.ivass.it; (sul sito www.ivass.it è reperibile un apposito modello) Il reclamo dovrà contenere: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	E' un istituto introdotto con il D.Lgs. n. 28/2010 e si differenzia dalla negoziazione perché è prevista la presenza, oltre che degli avvocati che rappresentano le parti, di un soggetto terzo, estraneo, e quindi imparziale, denominato mediatore. La mediazione si svolge avanti uno degli Organismi di mediazione scelto dalla parte richiedente, tra quelli indicati nell'elenco presente sul sito (https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX).
-------------------	--

Negoziazione assistita	La negoziazione assistita è un istituto introdotto con il D.L. n. 132/2014 e consiste in una procedura condotta dagli avvocati nominati dalle parti che si incontrano con il fine di cercare una soluzione bonaria alla controversia insorta con la Compagnia. Può essere sempre utilizzata in via facoltativa, anche al di fuori dei casi in cui la legge la prevede come procedura obbligatoria, prima di ricorrere in giudizio.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internalmarket/financesretail/finnet/index.en.htm Arbitrato: le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.